

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM, na UBS Dr. Silvio Leite,  
Boa Vista/RR**

**Felipe Pereira Uchôa**

**Pelotas, 2015**

**Felipe Pereira Uchôa**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM, na UBS Dr. Silvio Leite,  
Boa Vista/RR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Pablo Viana Stolz

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

U17m Uchôa, Felipe Pereira

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou Dm, na UBS Dr. Silvio Leite, Boa Vista/RR / Felipe Pereira Uchôa; Pablo Viana Stolz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Stolz, Pablo Viana, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha esposa Maria de Fátima e aos meus filhos Andrés e Adrian, que foram meus motores, para seguir adiante com meus projetos, e sempre tiveram presentes na minha caminhada. Aos meus pais por tanto amor.

## **Agradecimentos**

Quero agradecer primeiramente a Deus, a minha Esposa, a meus filhos, que me deram a força necessária para estar hoje de volta a minha terra natal e me deram o apoio moral e psicológico para conclusão desse trabalho.

Aos meus pais por tanto carinho.

Ao meu orientador Pablo Viana Stolz, por tanta dedicação e paciência nas suas orientações.

A minha avó Noêmia por ser um exemplo de simplicidade e dedicação, sempre disposta a ajudar ao próximo.

## Resumo

PEREIRA UCHOA, FELIPE. **Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM, na UBS Dr. Silvio Leite, Boa Vista/RR.** 2015. 80f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois é a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus, constituem-se os mais importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Para o controle destas doenças, a Estratégia de Saúde da Família configura-se como elemento chave no desenvolvimento das ações, através de uma equipe multidisciplinar que atua na promoção de saúde, prevenção e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Dr. Silvio Leite, localizada no bairro Dr. Silvio Leite, Boa Vista, RR, entre os meses de abril a junho de 2015, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência. A unidade é responsável por aproximadamente 8.500 habitantes, divididas em duas equipes de saúde a 3.5 e a 3.6 que corresponde a nossa. Percebemos que muitos usuários com hipertensão e diabetes não eram avaliados pelo médico há vários anos, o que resultava no aumento do número de hipertensos e diabéticos não controlados, com crises hipertensivas e hiperglicemias. Iniciamos o levantamento dos dados mediante o monitoramento constante dos usuários, com o rigoroso preenchimento dos prontuários e planilha de coleta de dados disponibilizados pela especialização. Utilizamos os cadernos de atenção básica nº 36 e nº 37 do Ministério da Saúde, como base da intervenção. Participaram 184 usuários com hipertensão e 93 com diabetes. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários no programa, a formação de grupos de educação em saúde, a realização de atividades educativas, visitas domiciliares, orientações sobre atividade física, alimentação saudável, saúde bucal e capacitações da equipe multidisciplinar. Tivemos bons resultados com essas ações, pois conseguimos cadastrar 29,5% dos hipertensos e 52,2% dos diabéticos, além de identificar casos novos e os incluir no nosso programa. Conseguimos melhorar o atendimento na UBS, e previamente as consultas médicas foram realizadas palestras, onde nutricionista e educadores físicos foram à unidade para darem informações importantes. Alcançamos ainda uma proporção de 99,5% dos hipertensos e 100% dos diabéticos com os exames clínicos em dia segundo o protocolo do ministério da saúde, 63,6% de hipertensos e 71% dos diabéticos com exames complementares em dia e 100% da prescrição farmacológica para ambos os grupos. Também mantivemos 100% tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos nas ações das avaliações odontológicas, busca ativa dos faltosos, fichas de acompanhamentos em dia, estratificação de risco, orientação sobre alimentação saudável, sobre orientação nutricional, sobre a importância de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal. Após essas ações, nós conseguimos ter uma visão mais ampla da comunidade e dos usuários que apresentam essas doenças. Conclui-se que o trabalho realizado já foi incorporado à rotina do serviço, melhorando o estado de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, proporcionando uma qualidade de vida saudável para os mesmos.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da Ubs Dr. Silvio Leite, antiga instalações	14
Figura 2	Fotografia da nova instalação da UBS Dr. Silvio Leite	15
Figura 3	Gráfico Indicativo da Cobertura de atenção ao hipertenso na unidade básica de saúde	49
Figura 4	Gráfico Indicativo da Cobertura de atenção ao Diabético na unidade básica de saúde.	49
Figura 5	Gráfico Indicativo da Proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo do ministério da saúde.	51
Figura 6	Gráfico Indicativo da Proporção de hipertensos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	52
Figura 7	Gráfico Indicativo da Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	52
Figura 8	Gráfico Indicativo da Proporção de hipertensos faltosos às consultas que receberam busca ativa na equipe.	55
Figura 9	Gráfico Indicativo da Proporção de diabéticos faltosos às consultas que receberam busca ativa.	55
Figura 10	Gráfico Indicativo da Proporção de hipertensos na ficha de acompanhamento (ficha de registro).	56
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos na ficha de acompanhamento (ficha de registro).	57

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CS	Centro de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HC	Hospital da Criança
HGE	Hospital Geral do Estado
HMI	Hospital Materno Infantil
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	19
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	24
Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos. ....	24
2.3.2 Indicadores .....	36
2.3.3 Logística.....	41
2.3.4 Cronograma .....	43
3 Relatório da Intervenção.....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	46
4.1 Resultados .....	48
4.2 Discussão.....	61
5 Relatório da intervenção para gestores .....	66
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	70
Referências .....	75
Anexos .....	76

## **Apresentação**

Tomando como referência a população e localização estratégica pode-se dizer que Santana foi contemplada. Assim, foi em busca de parcerias com os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal que se encontram vinculados à área de abrangência de nossa UBS que procuramos colocar a importância de nossa presença como reforço pela execução dos serviços de atenção primária, principalmente pela questão deste serviço ser prestado em parceria com o curso de Especialização em Saúde de família e Comunidade da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Sendo assim, procuramos através da elaboração do projeto de intervenção voltado para qualificação do atendimento aos hipertensos e diabéticos, intervir na comunidade da UBS Dr. Silvio Leite, Boa Vista-RR, através da atualização cadastral dos usuários, busca ativa, educação em saúde, realização de exames, consultas de rastreio e qualificação das atividades. Procuramos adequar nosso atendimento aos princípios propostos pelo SUS como Universalidade, Equidade e Integralidade.

Este documento traz em seu conteúdo em ordem cronológica as atividades que realizamos. Em primeiro momento trago a experiência da análise situacional, onde tivemos a oportunidade de conhecer a situação de nossa UBS e após várias observações de cunho estrutural e funcional para que pudéssemos elaborar uma crítica a respeito de nossa contribuição individual. Na seção 2º descrevo um apanhado da análise estratégica, o momento em que baseados nos números da análise situacional, elaboramos um projeto de intervenção para que pudéssemos através de ações organizadas e com metas melhorar a qualidade no atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Na seção 3 expomos nossa experiência de forma objetiva e organizada a respeito de nosso salto como processo de trabalho e as dificuldades encontradas. Na 4º seção está descrita a avaliação da intervenção onde através dos resultados obtidos discutem-se estratégias para superar as

dificuldades encontradas e aperfeiçoar as ações que deram certo. Finalmente na 5ª seção está descrito nossa visão crítica da experiência de intervir na comunidade enfrentando todas as dificuldades existentes, na gestão e no trato com os usuários, mantendo o equilíbrio e de olho nas metas, sempre em parceria com a UFPEL, onde cada capítulo procura descrever nossas atividades desde o levantamento de dados até a execução e análise de algumas tarefas.

Procuramos abordar de forma analítica e crítica as ações executadas, sempre observando a resposta da comunidade a nossa investida. Entendendo sempre que toda ação pró-melhoria já deve ser encarada como esforço positivo e implantada como rotina para que o sucesso absoluto e o impacto na rede sejam visualizados.

Esperamos que nosso trabalho sirva de exemplo para outras unidades de saúde e de inspiração para nossos gestores, para que os mesmos invistam mais em projetos que visem potencializar os objetivos propostos pelo SUS.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A UBS Dr. Silvio Leite há muito tempo não conta com uma boa estratégia de saúde da família porque não conta com um médico fixo na unidade básica de saúde, além das informações que a equipe de saúde tem sobre a comunidade são bem antigas, e por este motivo não conseguem realizar planejamentos dos programas de saúde preconizados pelo ministério.

A unidade conta com uma estrutura física deficiente, com pouco espaço físico para acomodar a equipe de saúde, não realizando reuniões semanais para a discussão da equipe com relação aos problemas da comunidade. O acesso ao médico é bem mais difícil para os usuários, porque a demanda é alta e os atendimentos são por ordem de chegadas. Assim, os usuários são obrigados a chegar à UBS muito cedo para conseguir uma vaga.

O serviço de farmácia é ineficiente, pois a secretaria municipal de saúde, por não saber a quantidade de usuários que são atendidos na unidade, envia quantidade reduzida de medicamentos, obrigando a população a se automedicar, ou a cometerem erros terapêuticos, pois muitos dividiam seus tratamentos farmacológicos com outros usuários.

Os cadeirantes tem dificuldade chegar à unidade básica de saúde, porque a mesma não possui rampa de acesso na entrada da unidade e nem banheiros necessários para essa quantidade de usuários diários, além de não terem cadeiras para que os usuários que esperam serem atendimentos permaneçam sentados.

Com relação aos equipamentos para avaliação médica e de triagem, não contamos com otoscópio e oftalmoscópio, esfigmomanômetro em número insuficiente, e pior, não possuímos termômetros para as avaliações térmicas. Com

isso, temos que pedir aos usuários que tragam os seus ou comprem um. Nós ensinávamos na unidade, de como manipular esse termômetro.

A estrutura não está preparada para ser uma UBS, e sim uma casa de saúde, motivo pelo qual nos motivou a fazer uma análise completa da estrutura e dos usuários. Com isso apareceram mais problemas, pois muitos prontuários dos usuários conhecidos sumiram, nos obrigando começar do zero as nossas avaliações e registros.

Outro ponto a ser citado é com relação aos encaminhamentos dos usuários aos especialistas, porque na grande maioria esses procuravam a unidade básica de saúde em busca de encaminhamentos para especialistas, já que a unidade não contava com médico em tempo integral, pois quando tinha médico só atendiam alguns usuários e logo iam embora porque não havia esse controle de entrada nem de saída desse profissional. Outro ponto ressaltar é a quantidade insuficiente de agentes de saúde, e os poucos que existem, não conseguem atender várias áreas juntas, e com isso dificultava o atendimento das visitas médicas.

Também apresentamos problemas na rede elétrica, ocasionando apagões frequentes. Isto nos preocupa por causa da sala de vacina, onde existe a cadeia de frio, e devemos manter as vacinas sem correr o risco de estragar os frascos. Outro ponto a ressaltar é que a equipe de saúde não está dividida, sobrecarregando o médico e a enfermeira dessa equipe, pois conta com aproximadamente 8.000 pessoas no bairro.

A partir desta realidade nós como equipe da saúde conseguiremos traçar metas e estratégias com a finalidade de melhorar o atendimento desses usuários e aumentar a capacidade de resolubilidade dos casos apresentados a nossa equipe.



Figura 1. Fotografia da Ubs Dr. Silvio Leite, antiga instalação.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O estado de Roraima possui em seu último censo pouco mais de 507.600 habitantes, com maior concentração na capital Boa Vista com 314.900 habitantes, segundo projeção do instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). Nosso Estado dispõe de 282 estabelecimentos de saúde cadastrados no Ministério de Saúde, entre estabelecimentos públicos e privados, dentre estes cinco hospitais, sendo quatro públicos. No município de Boa Vista, possuímos 17 unidades básicas de saúde, 17 centros de saúde, com a disponibilidade de laboratórios, dois Centro de atenção Psicossocial (CAPS) registrados e atualmente estão implantando alguns Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com endereços ainda não definidos. Contamos no município ainda um centro de especialidades médicas, onde são referenciados os usuários que não tiveram resolutividade de seus problemas na Unidade Básica de saúde (UBS), além de contar com exames especializados solicitados pelos médicos especialistas, onde os mesmos após realizarem os exames, retornam ao especialista e logo são encaminhados a UBS para darmos continuidade no seu acompanhamento.

Nossa UBS Dr. Silvio Leite que está localizada no município de Boa Vista, estado de Roraima, é considerada uma UBS urbana, e é composta por duas equipes de saúde (3.5 e 3.6), trabalhando na mesma estrutura física, com um médico e uma enfermeira para cada uma delas, além de quatro técnicos de enfermagem.



Figura 2. Fotografia da nova instalação da UBS Dr. Silvio Leite.

Nossa equipe de saúde 3.6, tem a responsabilidade de aproximadamente 3.500 habitantes, que é em torno de 875 famílias. Além desta população, recebemos inúmeros usuários fora da área adstrita, já que nossa unidade fica em uma zona estratégica cercada de dois bairros, chamados Dr. Silvio Leite e Jardim Primavera. Essa última conta com uma unidade, porém no momento não está funcionando porque estão mudando de estrutura física. Com isso os usuários dessa área recorrem a nossa UBS em busca de atendimento, além de usuários oriundos de outras localidades.

Estamos em uma estrutura nova, moderna que atende as exigências preconizadas pelo Ministério da Saúde, onde contamos com quatro consultórios, uma sala de imunização, uma sala de triagem, uma farmácia, uma sala de curativos, uma sala do serviço social, uma sala de administração, uma copa, um depósito, cinco banheiros e uma recepção ampla, climatizada e com cadeiras para os usuários. Na entrada da UBS temos rampa e acesso para os usuários cadeirantes. Nossa farmácia é dotada de medicamentos básicos provenientes da secretaria municipal de saúde, onde são dispensados medicamentos aos usuários já cadastrados na nossa unidade básica de saúde, porém na falta desses fármacos, os mesmos podem se dirigir a outras unidades ou até mesmo as farmácias populares para retirarem seus tratamentos.

Contamos com seis ACS para cada equipe de saúde, e funcionamos de 8:00 as 12:00 e das 14:00 as 18:00, atendendo de segunda-feira a sexta-feira. Nossos atendimentos são realizados seguindo os programas do Ministério da Saúde, porém também são disponibilizados atendimentos a demanda espontânea caso existam a necessidade, atendemos gestantes realizando pré-natais, controle de HAS e DM, saúde do idoso, da mulher e da criança.

Nossa equipe de saúde se reúne uma vez na semana para discutir temas relacionados aos usuários, como por exemplo: usuários identificados pelos ACS e que nossa equipe não tem conhecimento ainda, etc. cada equipe de saúde juntamente com seus ACS, duas vezes na semana realizam visitas domiciliares aos usuários que estão impossibilitados de se locomoverem até a unidade de saúde, porém existem algumas dificuldades como o difícil acesso a casa desses usuários, no entanto cada equipe encontra mecanismos para ir à busca de cada usuário e ofertar um tratamento individualizado a cada um deles.

No final de cada mês fechamos uma produção onde podemos analisar números que são relevantes para análises futuras de atuação de cada equipe de saúde. Com eles podemos saber se necessitamos aumentar o número de medicamentos ou até mesmo de material para o funcionamento da UBS e o cumprimento dos programas de saúde. Esses mesmos números são encaminhados à secretaria municipal de saúde.

Na saúde da criança levamos em consideração crianças de zero a seis anos, responsáveis por aproximadamente 146 usuários (4%) da população desta comunidade, segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), onde temos dois dias para atendimentos delas, além de imunização todos os dias. Antes do atendimento com o médico as crianças são pesadas, medidas e anotamos estes dados nas suas cadernetas e também no prontuário de cada usuária. Adotamos todos os protocolos do Ministério da Saúde e a cobertura de atendimento das crianças vai até as escolas, onde são feitos triagens e atendimento de algumas crianças e quando identificadas com baixo peso, indicamos fármacos antiparasitários.

Nos atendimentos e acompanhamentos de pré-natais levamos muito a sério o controle destes, onde temos 49 usuárias correspondendo a uma porcentagem de aproximadamente (93.33%) das gestantes da comunidade. Sempre que uma gestante falta à consulta nossos ACS vão até a sua casa para identificar o porquê da



falta. Os atendimentos médicos são quinta à tarde e sexta feira de manhã, onde as usuárias são previamente triadas, pesadas e medidas antes de cada consulta. Nos atendimentos clínicos as gestantes são avaliadas para a solicitação de todos os exames necessários. Aqueles casos identificados e considerados de alto risco são encaminhados ao atendimento no centro de referência da mulher localizada na maternidade, onde são atendidas por especialista e posterior voltam a serem atendidas na UBS, salvo os casos especiais de alto risco que continuam seu pré-natal com os especialistas. Cabe lembrar que após o parto das mesmas, estas voltam a ser acompanhadas pela nossa equipe de saúde, onde tanto a mãe como o recém-nascido é atendido previamente, e posterior são acompanhados mensalmente pelos ACS, pelo médico e enfermeiro da nossa UBS. Com relação ao puerpério, temos um total de 56 usuárias cadastradas que corresponde a 77% da cobertura, onde todos os recém-nascidos foram avaliados e acompanhados pela equipe de saúde.

Com relação ao programa de prevenção de Câncer de Colo de útero, temos pouco mais de 420 usuárias (21%) desta população de mulheres da comunidade que realizam a coleta de preventivos na nossa UBS, segundo o CAP. Assim que a usuária recebe seu exame, automaticamente são encaminhadas ao médico para eu possa analisar o resultado. No entanto apresentamos um pouco de deficiência neste serviço, pois as coletas são enviadas para o laboratório central da secretaria de saúde, porém pela alta demanda de usuários os exames demoram até três meses para serem entregues as mesmas. Na consulta médica quando analisadas e identificadas casos de positividade, as usuárias são encaminhadas a especialistas para uma avaliação mais minuciosa e dar início ao seu tratamento.

Com relação ao programa de prevenção do Câncer de mamas da mulher, temos segundo o CAP, 439 usuárias (58,9%) destas cadastradas na nossa UBS. Para estas solicitamos exames adicionais para a detecção de patologias de mama, como mamografias, ultrassonografias. Também é solicitado exame de densitometria óssea, e quando a usuária retorna com os resultados, os médicos fazem a avaliação e orientam sobre a importância dos exames e a realização dos mesmos. Caso seja identificado algo anormal, encaminhamos esta mulher ao especialista para uma avaliação mais apurada.

Os hipertensos e diabéticos também tem seu dia de atendimento, denominado dia do Programa de hipertensão e diabetes, temos pouco mais de 315

usuários (9%) da população geral desta comunidade. Os usuários são previamente triados com tomadas de aferição da pressão arterial, glicemia e pesos, altura, e posterior são encaminhados às consultas médicas, onde são avaliadas e se necessário, solicitamos exames complementários. Os usuários são controlados com fichas especiais para este grupo, onde em cada consulta, anotamos todas as ações realizadas, atualizando esta ficha. Novos usuários também têm seus nomes incluídos nestas fichas, com a finalidade de serem acompanhadas por visitas periódicas e terem disponibilizado medicamentos necessários para seu tratamento. O serviço ainda é um pouco deficiente e temos identificados à procura de poucos usuários.

Para o programa de atenção à saúde dos usuários com HAS temos cadastrados 189 usuários, e o caderno das ações estimam que existam 623 usuários, representando assim uma cobertura de 30,3%. Para DM os cadernos das ações estimam que existam 178 usuários na área, mas em acompanhamento temos 86 pessoas, cobertura de 48,3%.

Em nossa UBS existe um dia para a saúde dos idosos, onde possuímos cadastrados 5,8%, referentes a 191 idosos da população geral do bairro Dr. Silvio Leite, seguindo os mesmos protocolos, onde previamente os usuários são triados e posterior passam por uma consulta médica. Os casos identificados são tratados ou na ausência de resolução do seu problema, será encaminhado para consultas com especialista no hospital Coronel Mota, onde funciona somente atendimento de especialidades. Também são visitados periodicamente por ACS que quando observa à necessidade do atendimento a domicílio, a equipe de saúde se desloca até as suas casas. Porém considero que ainda existe deficiência neste serviço porque depende muito das visitas dos ACS e essas visitas às vezes demoram devido ao grande número de casas a serem visitadas, além de que muitos idosos moram sozinhos.

Nossa unidade básica de saúde consegue ter uma boa cobertura dos moradores, no entanto ainda temos muito que melhorar para a excelência do serviço. Assim, criamos reuniões periódicas em busca de identificar casos novos e solucionar situações já conhecidas pela nossa equipe com a intenção de melhorar os indicadores de saúde da comunidade.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Diante do antes exposto podemos comparar a realidade da nossa unidade básica de saúde, pois ainda temos algumas pendências, mesmo parecendo que está tudo bem, temos algumas dificuldades em quando a quantidade de profissionais para prestar um melhor serviço à comunidade, não contamos com odontologista para as avaliações de saúde bucal, ainda temos algumas deficiências de espaço físico, para acomodar melhor a equipe de saúde, não temos sala de reuniões, não contamos com alguns materiais para avaliações clínicas desses usuários, como por exemplo, otoscópio, oftalmoscópio, temos somente um equipamento de esfigmomanômetro, termômetros insuficiente, por temos um e quando esse quebrar ficamos sem fazer as avaliações térmicas desses usuários, entre outros detalhes.

Tivemos melhora na estrutura física da edificação da unidade de saúde, o acesso aos cadeirantes está mais bem projetada, a UBS está climatizada e tem cadeiras aos usuários para esperar nas suas consultas. Mudanças houve, ainda que poucas, porém dia a dia estamos procurando solucionar na medida do possível as dificuldades existentes, para a resolução de todos os problemas da unidade com o fim de melhorar o atendimento a estes usuários do Bairro Dr. Silvio Leite.

## **2     Análise Estratégica**

### **2.1   Justificativa**

A hipertensão arterial é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações, como obesidade. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de hipertensão, sendo que 50% da população com obesidade tem a doença. A hipertensão pode acontecer quando nossas artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de contrair e dilatar, ou então quando o volume se torna muito alto, exigindo uma velocidade maior para circular. Hoje, a hipertensão é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças, motivo pelo qual nossa luta constante para o combate da hipertensão arterial (BRASIL, 2013).

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. A insulina é produzida pelo pâncreas e é responsável pela manutenção do metabolismo da glicose e a falta desse hormônio provoca déficit na metabolização da glicose e, conseqüentemente, diabetes. Caracteriza-se por altas taxas de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente (BRASIL, 2013).

Nossa UBS conta com ambientes cômodos para suas equipes de saúde que são responsáveis pelo bairro Dr. Silvio Leite, conta com quatro consultórios, dois aos médicos, dois as enfermeiras, uma farmácia, uma sala de imunização, uma sala de curativos e nebulizações, cinco banheiros, um depósito, uma copa, uma sala de triagem, que foi projetada para ser um consultório de odontologia, porém não contamos com o profissional nem os equipamentos para tanto, temos uma secretaria (recepção), espaço para a espera dos usuários, tudo climatizado.

Em nossa UBS existe uma deficiência de ações voltadas para este grupo populacional, pois contamos com um registro de apenas 30,3% (N=189) dos hipertensos e 48,31% (N=86) dos diabéticos cadastrados. Além disto, observamos em nossa UBS que a grande quantidade de usuários diabéticos e hipertensos registrados pelos agentes de saúde, não estão recebendo uma atenção qualificada, voltada para a promoção da saúde e prevenção dos agravos, motivo pelo qual nos incentivou a realizar uma intervenção para aumentar o número de usuários assistidos, a fim de modificar este panorama atual gradativamente para atingir todas as metas estabelecidas.

## **2.2 Objetivos e metas**

Melhorar a Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, na UBS Dr. Silvio Leite, Boa Vista-RR.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Relativa ao objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativa ao objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativa ao objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Silvio Leite, no Município de Boa Vista de Roraima-RR. Nosso trabalho consiste num projeto de intervenção que vai ser realizado através de estudos, levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde dos hipertensos e diabéticos desta UBS. O trabalho será realizado com todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, acima de 20 anos de idade da nossa área adstrita.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

Meta 1. Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Fazer cadastramento dos hipertensos e diabéticos da UBS incluindo os usuários diagnosticados até o momento e aqueles que ainda não estão recebendo acompanhamento. Toda a equipe ficará responsável.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Os responsáveis serão a enfermeira, a técnica de enfermagem e o médica da equipe.

Procurar com a enfermeira e os agentes comunitários de saúde o registro atualizado dos hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Através das visitas domiciliares.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, ofertando informações claras e corretas, assim como garantir um local com melhores condições. O profissional responsável para realizar a triagem destes usuários será a técnica de enfermagem.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Através do diálogo com o gestor, solicitar estes materiais em condições adequadas e em número suficiente para todas as equipes de saúde. Os responsáveis será a diretora da unidade, enfermeira, o médica e a secretaria de saúde.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informaremos a nossa comunidade através de palestras na sala de espera, sobre a existência do



programa de atenção a usuários Diabéticos e Hipertensos. Elaboraremos propagandas informem de forma bem clara a existência e aplicação do programa no posto. Também dialogaremos com os mesmos durante as visitas domiciliares e consultas. Toda a equipe será responsável.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Pretendemos realizar esta ação através de palestras, visitas domiciliares, ações de saúde por parte de toda a equipe de saúde. Toda a equipe será responsável.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Informaremos a através de as consultas médicas, ações de saúde realizadas nas comunidades, visitas domiciliares e palestras na sala de espera. Preparar os agentes de saúde para que tenham conhecimentos destes assuntos para assim poder orientar os usuários durante as suas atividades com a comunidade. Toda a equipe será responsável.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Serão realizadas durante a consulta médica, nas visitas domiciliares, ações de saúde, assim como preparar os ACS para que possam transmitir estas informações através dos meios de comunicação. Toda a equipe será responsável.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Realizaremos a capacitação uma vez por semana. A enfermeira e o médico da equipe serão os responsáveis.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Estaremos realizando capacitações para a técnica adequada, onde verificaremos se as mesmas estão sendo realizadas adequadamente. A enfermeira e o médico da equipe serão os responsáveis.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Ensinares os ACS para realizar o hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg, supervisionando a realização da mesma. A enfermeira e o médico da equipe serão os responsáveis.

## **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos. Realizaremos consultas médica de qualidade com uma boa anamneses e um exame físico completo. O médico da equipe será a responsável.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Capacitar a equipe de saúde para fazer exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, garantindo que a técnica de enfermagem faça a aferição da pressão arterial correta e o teste rápido de glicemia. O médico explorará a sensibilidade dos pés em cada consulta. Os responsáveis serão a enfermeira, a técnica de enfermagem e o médico.

Ação: Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Todas as semanas serão realizadas uma capacitação dos profissionais de acordo os protocolos adotados pela unidade de saúde, com a participação de 100% dos mesmos. A enfermeira e o médico da equipe serão as responsáveis.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Nossa equipe solicitará à diretora de UBS uma agenda para atualização dos profissionais. O médico será responsável.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Solicitaremos para a nossa diretora, a versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde. A enfermeira e o médico da equipe serão as responsáveis.

Engajamento público.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientaremos os usuários e a comunidade através de palestras, nas consultas

médicas, em ações de saúde, em visitas domiciliares. Toda a equipe será responsável.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Realizaremos a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado mediante a execução do mesmo. A enfermeira e o médico da equipe serão as responsáveis.

Meta 2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

#### Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Verificaremos durante as consultas e visitas domiciliares, quais os usuários que realizaram os exames. Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito destes de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular / Programa de hipertensão e diabetes e de realizar os exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unida de saúde. A enfermeira e o médico da equipe serão as responsáveis.

Ação: Monitorar o número de hipertensos diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Verificaremos isto durante cada consulta e nas visitas domiciliares. Observaremos se estes exames encontram-se registrados nos prontuários destes usuários. A enfermeira e o médico da equipe serão as responsáveis.

#### Organização e gestão do serviço.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares. Faremos isto através da solicitação destes nas consultas, explicando a importância dos mesmos.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Dialogaremos com o gestor do município para agilizar a realização dos exames complementares definidos no protocolo, assim como aumentar o número de vagas. A enfermeira, o médico, a diretora da unidade serão as responsáveis.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Revisaremos os registros de exames uma vez por semana, e caso haja indicação, o usuário será incluído no Programa de hipertensão e diabetes.

Engajamento público.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientaremos os mesmos através de palestras, nas consultas médicas, visitas domiciliares. Toda a equipe será responsável.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Toda a equipe será responsável.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. A enfermeira e o médico da equipe serão as responsáveis.

Ensinares a equipe a utilizar corretamente o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Meta 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Verificaremos diariamente a existência dos medicamentos da farmácia popular/hiperdia por parte da farmácia de nossa unidade. A responsável será a técnica de enfermagem.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Realizaremos o controle de estoque semanalmente. As responsáveis serão a técnica de enfermagem e a enfermeira.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Será realizado após o cadastramento dos usuários. A enfermeira e o médico da equipe serão as responsáveis.

Engajamento público.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientar em cada consulta os usuários sobre os direitos quanto a ter acesso aos medicamentos na farmácia da unidade, farmácia popular, assim como podem obter em outro posto de saúde, com a receita medica para o seu tratamento sem custo. Utilizaremos a carta dos direitos dos usuários como principal arma.

Orientaremos os mesmos através de orientações em consultas, visitas domiciliares, ações de saúde, palestra. Entregaremos um cartão aos usuários do hiperdia com nome de medicamento e as doses. Toda a equipe será responsável.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes. Agendaremos palestras para atualização dos profissionais. A enfermeira e o médico da equipe serão as responsáveis.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. O médico e a enfermeira capacitarão à equipe através do cartão ofertado pela unidade de saúde.

Meta 2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Em cada consulta realizada agendaremos uma consulta dos usuários que necessitam atendimento odontológico, em um registro da unida específico para este serviço.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Programaremos com a equipe volante para garantir avaliação dos usuários todas às segundas-feiras. A responsável será a técnica de enfermagem.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Serão avaliados nas segundas-feiras, onde sairão da mesma com a consulta agenda para o atendimento. A responsável será o médico.

Engajamento público.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Serão ofertadas estas orientações de saúde bucal durante as consultas, nas salas de espera, por meios de palestras, visitas domiciliares, ações de saúde por todos os integrantes de equipe. Toda a equipe ficará responsável.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Serão realizadas capacitações por parte da odontologia para toda a equipe de saúde, enfatizando as ações preventivas. A responsável será a odontologista.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo. Disponibilizaremos um dia da semana para as consultas ao grupo do hiperdia. Os ACS revisarão os usuários que faltaram as consultas, e deverão realizar as visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos. Toda a equipe será responsável.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Criaremos uma agenda os usuários provenientes da busca domiciliar que é repassada para os ACS. A enfermeira será responsável.

Engajamento público.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Realizaremos palestras, visitas domiciliares, ações de saúde semanalmente nas consultas, por todos os membros de equipe, orientando sobre importância da mesma. Toda a equipe será responsável.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos. Durante as palestras e ações, ouviremos as estratégias destes e orientaremos como vamos proceder. Toda a equipe será responsável.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Esclareceremos os mesmos através das consultas médicas, em visitas domiciliares, palestras. Também disponibilizaremos na UBS, folders das mesmas para o conhecimento da população. Toda a equipe será responsável.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Realizaremos semanalmente orientações sobre a periodicidade de consultas dos usuários. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

#### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Acompanharemos os dos mesmos semanalmente. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas. Alimentaremos o sistema com as informações solicitadas com prazos estabelecidos. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento. Cada usuário cadastrado na UBS terá sua ficha pronta e atualizadas. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações. Discutiremos os prontuários com toda a equipe para chegarmos a um consenso. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros. A responsável pelo monitoramento dos registros será a técnica de enfermagem.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Engajamento público.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Explicaremos aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. Toda a equipe será responsável.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético. Realizaremos capacitação com toda a equipe para o correto preenchimento dos registros. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Será realizada através de capacitações entre os profissionais. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

## **Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. O médico ficará responsável por esta monitoração durante as consultas.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Em cada consulta o médico classificará os usuários de alto risco, tendo prioridade em relação aos outros. A técnica de enfermagem ficará responsável por revisar o prontuário na hora de fazer a triagem.



Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Engajamento público.

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Orientaremos os usuários quanto a seu nível de risco e acompanhamento regular em todas as consultas, nas visitas domiciliares, e palestra por toda a equipe. Toda a equipe será responsável.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Esclareceremos os mesmos realizando palestras, nas consultas e nas visitas domiciliares. Toda a equipe será responsável.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitaremos os mesmos realizando um intercâmbio entre toda a equipe para depois informarem aos usuários através de consultas, palestras, ações de saúde e visitas domiciliares. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

### **Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Toda a equipe será responsável.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Realizaremos estas atividades todas as semanas em conjunto com a nutricionista de nossa unidade. A enfermeira será responsável.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Solicitaremos a participação do nutricionista nas ações na comunidade. A enfermeira será responsável.

Engajamento público.

Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Realizaremos esta ação aproveitando quando estes vêm nas consultas com seus familiares e nas visitas domiciliares. Toda a equipe será responsável.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. As responsáveis serão a enfermeira, o médico e a nutricionista.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Programaremos capacitações da nossa equipe de saúde em conjunto com a nutricionista para que fiquem preparados para as atividades diárias e possam transmitir os conhecimentos à população. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Solicitaremos a contribuição do educador físico de nossa unidade aos grupos formados nas comunidades nos dias de ações de saúde.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Existem grupos formados nas comunidades onde o educador físico junto com a equipe, orienta sobre atividades físicas. Toda a equipe junto com o educador físico serão os responsáveis.

Ação: Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade diretora da Ubs. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Engajamento público.

Ação: Orientaremos hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Toda a equipe será responsável.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitaremos à equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. A enfermeira e o educador físico serão os responsáveis.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Obteremos isto através de intercâmbios de experiências, fazemos palestras. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos nas consultas e visitas domiciliares. Toda a equipe será responsável.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". A diretora da unidade de saúde será a responsável.

Engajamento público.

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo nas visitas domiciliares, consultas e por meio de palestras. Toda a equipe será responsável.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento dos usuários tabagistas. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. As responsáveis serão o médico e o odontólogo.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos. Pretendemos, através de diálogos durante as consultas

clínicas, visitas domiciliar e palestras, monitorar esta ação. Toda a equipe será responsável.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. A responsável será o médico da equipe.

Engajamento público.

Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Faremos esta ação por meio de diálogos durante as consultas a UBS, nas visitas domiciliar e palestras realizadas a comunidade. Toda a equipe será responsável.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Através de palestras, a odontóloga capacitará à equipe toda.

### **2.3.2 Indicadores**

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

### **Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.**

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.



Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Usaremos como pontos de referência os protocolos dos Cadernos de Atenção Básica nº 36 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus e nº 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica publicado pelo Ministério da Saúde.

Para registrarmos todas as ações, utilizaremos uma ficha de controle de DM e HAS, a ficha de espelho disponibilizada pela UFPel, levando em consideração dados de todos os usuários, inclusive dos prontuários existentes e atualizados com a finalidade de levar o controle de números de consultas médicas ou exames solicitados e vistos pelo médico da equipe. Após o registro dos dados, para análise os mesmos serão repassados para a planilha de coleta de dados ofertada pelo curso, para obtenção dos resultados da intervenção e melhor monitoramento das ações. Infelizmente ainda não trabalhamos com os prontuários eletrônicos por falta de equipamentos necessários, porém temos ao nosso alcance um tablet (ipad) com acesso à internet que nos ajudará em consultas rápida sobre possíveis dúvidas sobre o protocolo adotado pelo ministério da saúde para HAS e DM.

Pretendemos aumentar a quantidade de assentos para os usuários com a finalidade de que o mesmo tenha pelo menos 5 minutos de descanso antes de ser triado, para que possamos obter os valores pressóricos deste o mais fidedigno possível.

Teremos no controle de triagem os aparelhos necessários para avaliação de medição de pressão arterial e de glicemia capilar, além de balança para controle de

peso para que desta maneira possamos realizar o cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) de cada usuário antes de ser atendido pelo médico.

Cada usuário, antes de ser atendido pelo médico, terá que se apresentar a recepção para solicitar seu prontuário físico onde o médico fará suas atualizações. Neste momento será anotado, em uma lista aparte, o nome deste usuário para termos um controle dos atendimentos, e a partir daí no final de cada mês, faremos uma revisão do número de usuário que vieram até a UBS. Aqueles usuários faltantes no período, iremos à busca através das visitas domiciliares.

Na identificação de alguma alteração do usuário onde se requer uma consulta especializada, a direção será acionada para a marcação desta consulta o mais breve possível.

A dispensação dos medicamentos será realizada logo após o atendimento médico. As exposições informativas para os usuários e familiares serão realizadas enquanto os mesmos aguardam sua consulta médica, através da distribuição de folders informativos sobre cada doença de como identificar sintomas de complicação para a procura de ajuda médica.

No consultório serão necessários equipamentos para avaliação de fundo de olho, equipamentos para avaliação neurológica e sensibilidade de extremidades (inferiores e superiores).

Com relação às avaliações odontológicas, nossa UBS não conta com este serviço no momento, porém existe um planejamento para a implantação e sendo assim, as avaliações odontológicas devem ser programadas de acordo com a demanda dos profissionais de odontologia, porém, serão elaborados horários semanal onde também os usuários de HAS e DM, serão atendidos pelos profissionais, inclusive em cada consulta médica, informado ao mesmo a importância de fazer este controle odontológico.





### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Primeiramente vale salientar que no projeto a intervenção estava prevista para ser realizada em 16 semanas, conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 5 ao calendário estabelecido com a Universidade.

Através desta intervenção, conseguimos melhorar a cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos da nossa área adstrita, além de realizar a busca ativa desses usuários. Como tínhamos muitos usuários que não recebiam a assistência, realizamos ações nas Microáreas da UBS, com a intenção de facilitar o atendimento e a identificação destes.

Com isto, conseguimos atualizar nosso banco de dados e coletamos muitas informações necessárias que não sabíamos da comunidade, entre eles alguns maus hábitos, como o sedentarismo e o fato de dividir seus tratamentos farmacológicos entre vizinhos ou familiares. Conseguimos também, levar à população informações sobre a sua doença.

Conseguimos com estas ações informações valiosas como a quantidade de usuários que sofrem de HAS e DM, elevamos a cobertura de atendimento, elevando o número de diabéticos conhecidos pela equipe de saúde, além de obter um aumento significativo nas avaliações clínicas e nas solicitações de exames a ambos os grupos. Podemos citar também que todos os usuários atendidos receberam suas prescrições médicas para o controle de suas enfermidades e orientamos sobre a necessidade de se fazer uma avaliação odontológica em outra unidade, já que não contamos com o serviço de odontologia na nossa UBS. Também realizamos buscas ativas aos faltosos, ainda que poucos, e todos atendidos pela equipe tiveram suas

fichas de acompanhamentos adicionados nos seus prontuários devidamente preenchidos. Também foi realizada a estratificação de risco, a orientação a dieta saudável, orientação sobre os riscos do tabagismos onde criamos grupos para ajudarem aqueles usuários que queriam deixar de fumar. Além destas, orientamos nossos usuários sobre a importância da higiene bucal.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Tivemos algumas ações que não conseguimos desenvolver, como as nossas caminhadas para a saúde, devido às condições climáticas, problemas internos da equipe e pela indisponibilidade do educador físico. Tínhamos a ideia de levar a UBS especialistas como cardiologistas e endocrinologistas para o atendimento especializado a esta população alvo. Infelizmente, nossa rede tem uma grande carência desse profissional, pois contamos somente com um cardiologista e um endocrinologista, e suas agendas estavam muito cheias, sem a possibilidade de ser mudada. No entanto, os casos mais graves identificados foram encaminhados aos especialistas, que após avaliação, retornaram para os nossos cuidados.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Consideramos que obtivemos uma boa coleta de dados, nos nossos atendimentos nas Microáreas, no final desses atendimentos retornávamos a UBS onde alimentávamos nosso sistema com essas informações novas, além de diariamente no final de cada jornada de atendimento do dia a equipe também procedia a alimentar esse sistema com informações referentes a este dia de atendimento. A princípio tivemos alguns problemas na utilização da ferramenta de coleta de dados, por não estar familiarizado com a mesma, além de não conhecer bem o programa usado para alimentar a planilha de dados (excel), porém, pouco a pouco a equipe se adaptou ao sistema e tudo fluiu sem muitas anormalidades.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Consideramos importante o seguimento dessas ações nas Microáreas, pois assim facilita o atendimento dos usuários semanalmente. Nossas ações desenvolvidas ao longo da nossa intervenção já fazem parte da rotina de trabalho da

nossa equipe, pois todos estão cientes da importância dela e não tem atrapalhado a realização das demais ações programáticas, fato este muito importante para o bom desenvolvimento das mesmas. Novas estratégias foram planejadas para dar continuidade à ação programática após o término deste período de três meses, além de seguir com todos os mecanismos realizados pela equipe nesta intervenção, criando um hábito organizado de atender essa demanda de hipertensos e diabéticos.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção objetivou qualificar e organizar o programa em saúde para os hipertensos e diabéticos da nossa UBS, proporcionando uma assistência integral e humanizada a todos os usuários atendidos na mesma. Desta maneira conseguimos aumentar o número de atendimento de hipertensos e diabéticos na área de cobertura da equipe 3.6 do Bairro Dr. Silvio Leite. Segundo o CAP, existem na nossa área 623 hipertensos e 178 diabéticos.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Uma das metas principais da intervenção era ampliar a cobertura desses usuários que padecem de hipertensão arterial para uma meta de 100% fazendo o controle desses usuários, no que diz respeito à atualização do tratamento e de exames. Porém havia uma baixa taxa de atendimentos mensais desses pela UBS, pois existia uma grande área descoberta que se localiza ao lado do setor da área 3.6. Isto nos incentivou a realizar ações com o fim de aumentar essa porcentagem desses atendimentos, aumentando assim o controle desses usuários. Apesar de não termos atingido nossa meta inicial, desenvolvemos um ótimo trabalho. No primeiro mês cadastramos 125 usuários com hipertensão (20,1%), no segundo mês foram 156 (25%) finalizamos a intervenção com 184 usuários (29,5%), essas porcentagens teve como ponte de referencia o Caderno de Atenção Programática (CAP), que estimou um numero de 623 de hipertensos para a quantidade de usuários conhecidos na área de abrangência (Figura 3).



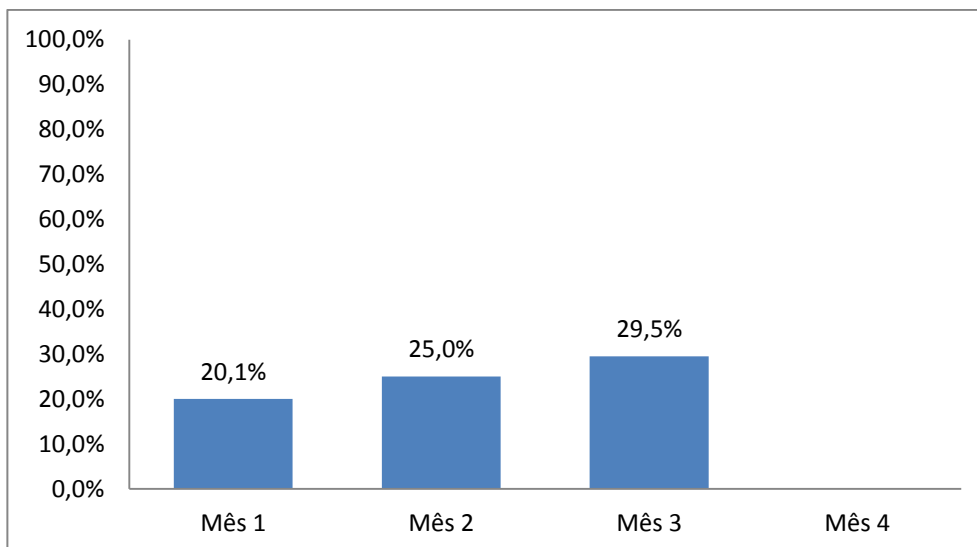


Figura 3 – Cobertura de atenção ao hipertensos na unidade básica de saúde.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Para esta ação não conseguimos atingir nossa meta inicial de 100%. No primeiro mês cadastramos 56 usuários com diabetes (31,5%), no segundo mês foram 71 (39,9%) finalizamos a intervenção com 93 usuários (52,2%), tomando como ponto de referencia a estimativa do Caderno de Atenção Programática que foi de 178 diabéticos para a área de estudo (Figura 4).

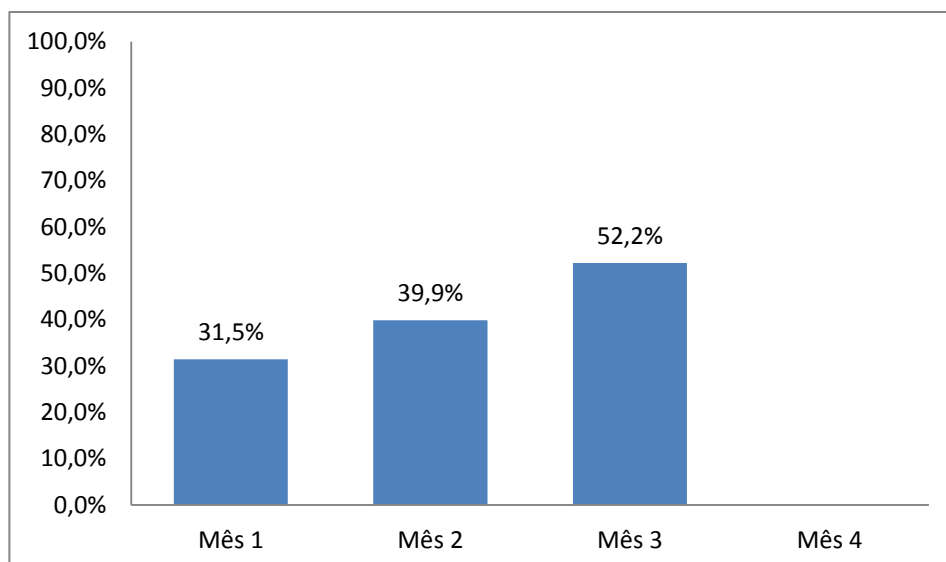


Figura 4 – Cobertura de atenção ao Diabético na unidade básica de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Podemos observar que o número de atendimentos realizados pela equipe de saúde no que se refere a atendimento médico e avaliações periódicas, posterior aos atendimentos realizados nas microáreas semanalmente, foi aumentando consideravelmente ao longo desses três meses, despertando assim o interesse desses usuários em procurar a equipe de saúde para a realização do controle da sua doença com mais intensidade.

Nossa área está subdividida por seis microáreas, referentes a cada ACS, e semanalmente tínhamos atendimentos específicos em cada uma delas. No início a procura por parte dos usuários era baixa, porém no decorrer do tempo foi aumentando, inclusive de usuários novos ou fora de área. Desta maneira adotamos um sistema de controle desses usuários nos livros de hipertensos e diabéticos, onde temos os dados detalhados de cada um deles, incluindo seus tratamentos.

Tivemos algumas dificuldades de manter essas ações devido a uma demanda grande de hipertensos e diabéticos que recorreram aos atendimentos na própria UBS. Além disto, dois dos nossos agentes se retiraram no serviço, fazendo com que os outros agentes assumissem a responsabilidade de avisar os usuários que precisavam de atendimentos nestas microáreas descoberta. Através desta ação podemos fazer um seguimento com mais eficácia desses usuários que antes não tinham um controle de suas doenças.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Avaliando este gráfico podemos concluir que apesar de não termos atingidos nossa meta inicial, ficamos muito próxima desta. Nossos usuários foram atendidos e avaliados clinicamente, onde solicitamos todos seus exames complementares laboratoriais para uma avaliação mais completa. Além disto, orientamos os mesmos sobre a sua doença e a retornar à UBS para realizar uma avaliação de seus exames clínicos, a fim de darmos seguimento no controle desta patologia, além de serem atualizados seus tratamentos se necessário. Assim conseguimos ter no primeiro mês

124 hipertensos (99,2%) com exames clínicos apropriados. No segundo mês foram 155 (99,4%) e no último mês conseguimos 183 (99,5%) (Figura 5).

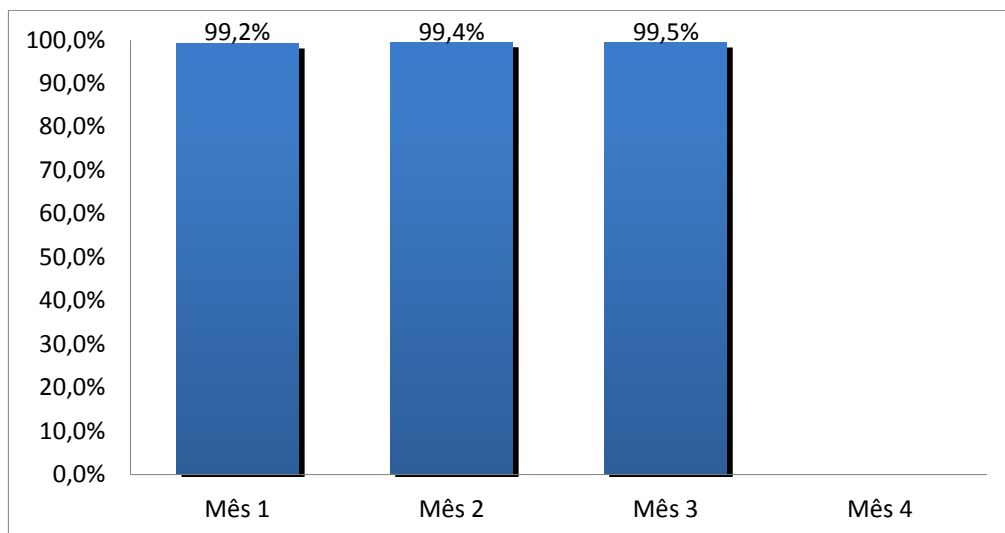


Figura 5 – Proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo do ministério da saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Nos diabéticos conseguimos manter 100% dos exames durante toda a intervenção. No primeiro mês cadastramos 56 diabéticos (100%), no segundo mês foram 71 (100%) finalizamos a intervenção com 93 usuários (100%).

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Podemos observar que no início da nossa intervenção não tínhamos um bom controle desses exames complementares, sendo observados no primeiro mês 58 hipertensos (46,4%) com exames em dia, o segundo elevamos para 89 (57,1%) e no final do terceiro mês chegamos a 117 (63,6%) dos hipertensos com seus exames em dia. Essa meta foi impossibilitada de ser alcançada, pois o fato de solicitar os exames nas consultas não garante que todos os usuários consigam realizar os exames, por vários motivos e um deles é o fator financeiro, porque muitos são de

baixa renda e depender do SUS para realizar seus exames, e esses nem sempre eles conseguem (Figura 6).

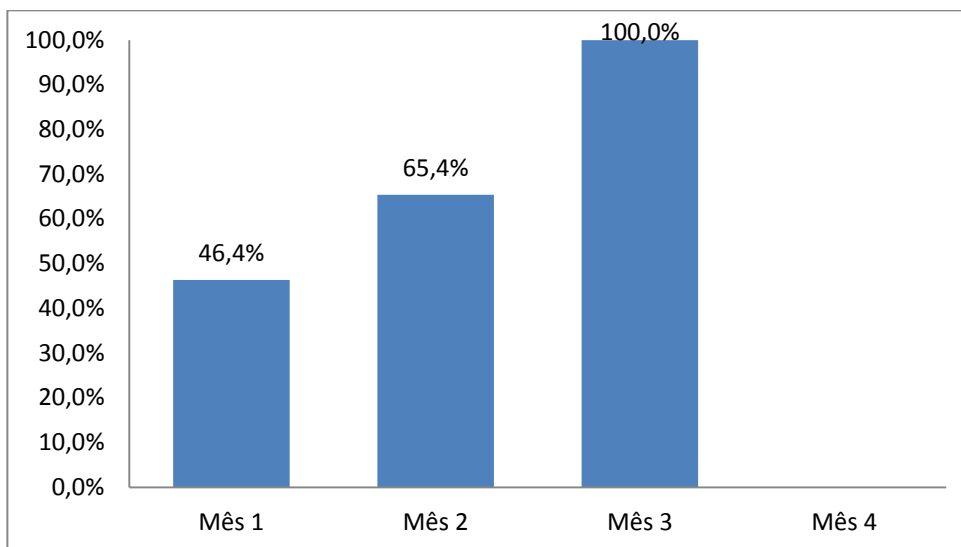


Figura 6 – Proporção de hipertensos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Por outro lado tínhamos no primeiro mês 29 (51,8%) dos diabéticos com seus exames em dia. Já o segundo mês conseguimos 44 (62%) e no final do terceiro mês alcançamos 66 (71%) de usuários com exames complementares, tendo um considerável resultado, sem contar com os usuários fora da área que são atendidos pela nossa equipe. Pelo mesmo motivo antes citado os usuários não conseguem realizar com rapidez seus exames solicitados pelo médico, por depender do SUS (Figura 7).

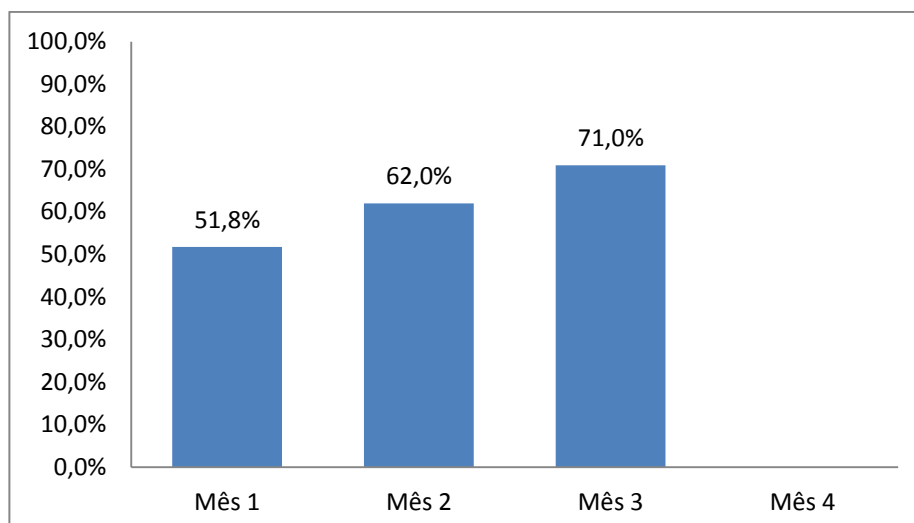


Figura 7 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Programa de hipertensão e diabetes priorizada.

Nesta ação conseguimos atingir nossa meta inicial durante toda a nossa intervenção, onde 100% dos nossos usuários atendidos pela nossa equipe tiveram o acesso a suas indicações terapêuticas farmacológicas, seja ela já indicadas anteriormente por especialistas ou mesmo por indicação pelos médicos da UBS. Assim, tivemos como solicitar da farmácia da nossa unidade básica de saúde uma maior quantidade de medicamentos para todos os usuários por nós atendidos, e os que não conseguiam medicamentos na UBS puderam adquirir seus medicamentos na farmácia popular onde tinham cadastros. Aproveitamos este momento para esclarecer a todos os usuários a importância de que cada tratamento é individualizado e não podem dividir seus remédios com outros familiares que sofrem da mesma doença, esse controle nos ajuda a controlar melhor as falhas terapêuticas.

Assim no primeiro mês tivemos 125 (100%) hipertensos que utilizavam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 156 (100%) e no último mês 184 (100%) cumprindo assim com a meta inicial.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Programa de hipertensão e diabetes priorizada.

Em relação aos diabéticos cadastrados no programa que utilizavam medicamentos da farmácia popular, no primeiro mês havia 56 (100%), no segundo mês 71, alcançando 100% e no último mês 93 (100%) cumprindo assim com a meta.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Nesta meta, atingimos nosso objetivo inicial de avaliar a necessidade de atendimento bucal para 100% dos nossos hipertensos. Assim no primeiro mês tivemos 125 (100%) hipertensos avaliados, no segundo mês 156 (100%) e no último mês 184 (100%) cumprindo assim com a meta inicial.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Assim como os hipertensos, conseguimos atingir nossa meta inicial com os diabéticos. No primeiro mês avaliamos 56 diabéticos (100%), no segundo mês 71, alcançando 100% e no último mês 93 (100%). Todos os usuários atendidos pela nossa equipe foram avaliados primariamente, e os casos identificados com anormalidades foram alertados a procurar o profissional de odontologia, e que deveriam se dirigir a outra UBS com a disponibilidade do serviço, já que nossa UBS não conta ainda com o serviço por falta de estrutura física e de recursos humanos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Tivemos uma boa aceitação por parte dos nossos usuários hipertensos e diabéticos, porém no ato da primeira consulta solicitamos alguns exames complementares e agendamos uma data de retorno para consulta médica. Porém, alguns usuários esqueceram-se da data da consulta ou não tinham seus exames realizados, motivo pelo qual nos obrigou a ir à busca desses poucos faltosos. Assim apenas no primeiro mês tivemos 105 hipertensos faltosos (100%) considerando que todos estavam sendo avaliados pela primeira vez pela equipe envolvida na intervenção. Nos demais meses não houve faltosos, já que os pacientes retornavam a consulta com o sem seus exames solicitados anteriormente (Figura 8).

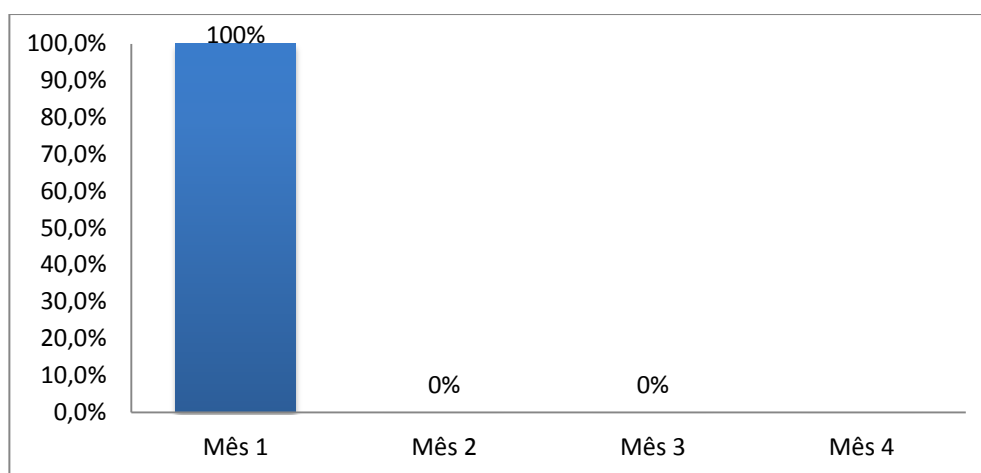


Figura 8 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas que receberam busca ativa na equipe.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Meta 3.2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Com os diabéticos ocorreu da mesma maneira que nos hipertensos. Apenas no primeiro mês da intervenção consideramos todos os usuários faltosos já que os mesmos a muito tempo não procuravam a UBS para serem avaliados pelo médico, somente iam em busca das suas respectivas e desatualizadas receitas, e posterior a isso no segundo mês e no terceiro mês esses pacientes conhecidos já estavam em acompanhamento com a equipe de saúde da UBS motivo pelo quando não era mais necessário a realização da busca ativa, somente o controle da assistência dos

mesmos. Nos demais meses não existiu a necessidade de ir em busca desses usuários (Figura 9).

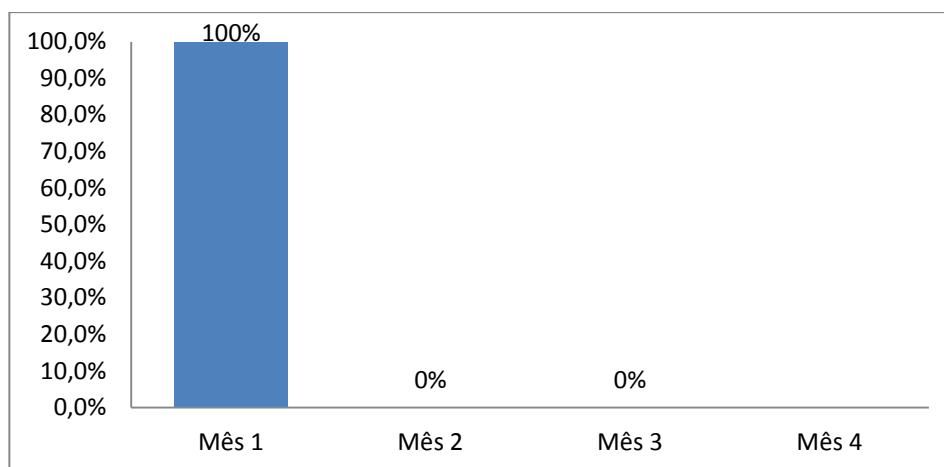


Figura 9 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

#### Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Podemos observar no gráfico que antes dessa intervenção não existia um registro adequado desses usuários hipertensos. Assim, através da organização dos nossos registros, conseguimos incluir nos nossos trabalhos a ficha espelho em cada prontuário de cada usuário atendido pela unidade. Com isso, obtivemos bons resultados de crescimento dos registros, porém sabemos que ainda falta muito para atingirmos nossa meta inicial. No primeiro mês registramos apenas 1 hipertenso (0,8%) adequadamente. No segundo mês elevamos para 32 (20,5%) e finalizamos o terceiro mês com 60 (32,6%). Essa meta foi impedida de ser completada na sua totalidade porque dependíamos da gestão municipal, no que se referem à ficha de acompanhamento. Nós da equipe nos reunimos e conseguimos xerocopiar algumas fichas de espelho para serem adicionadas nos prontuários porque não foi suficiente, com isso ficamos aquém da meta que queríamos alcançar, porém todos esses usuários atendidos pelo médico tinha em seus prontuários as informações referentes a sua consulta, como diagnostico, tratamento atualizado. (Figura 10).



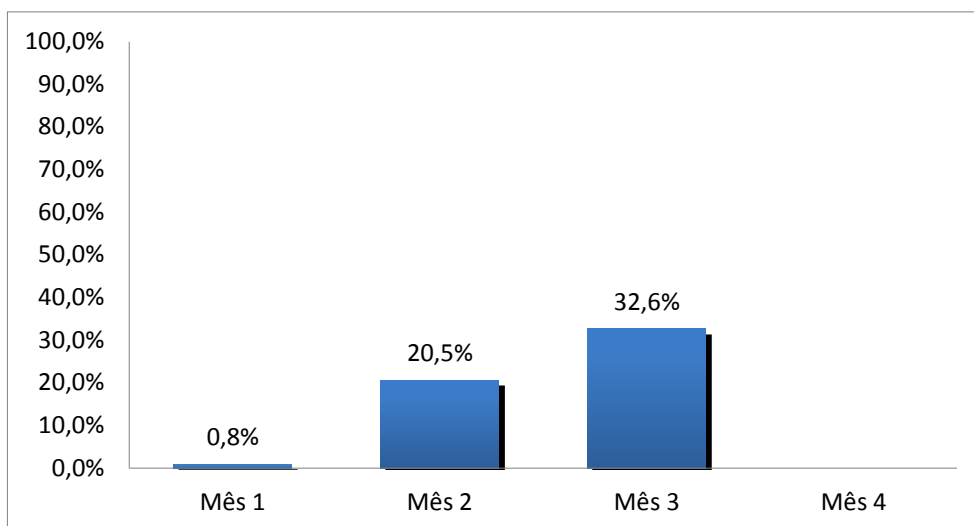


Figura 10 – Proporção de hipertensos na ficha de acompanhamento (ficha de registro).

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Com relação à proporção dos usuários diabéticos com registro adequado, não tivemos nenhum no primeiro mês da intervenção. No segundo mês foram 15 (21,1%) e no terceiro mês alcançamos 37 diabéticos (39,8%) com a ficha de acompanhamento adequadamente preenchida, porém o restante dos usuários atendidos tiveram em seus prontuários as informações referentes a sua consulta atualizada, bem como seus diagnósticos e tratamentos. (Figura 11).

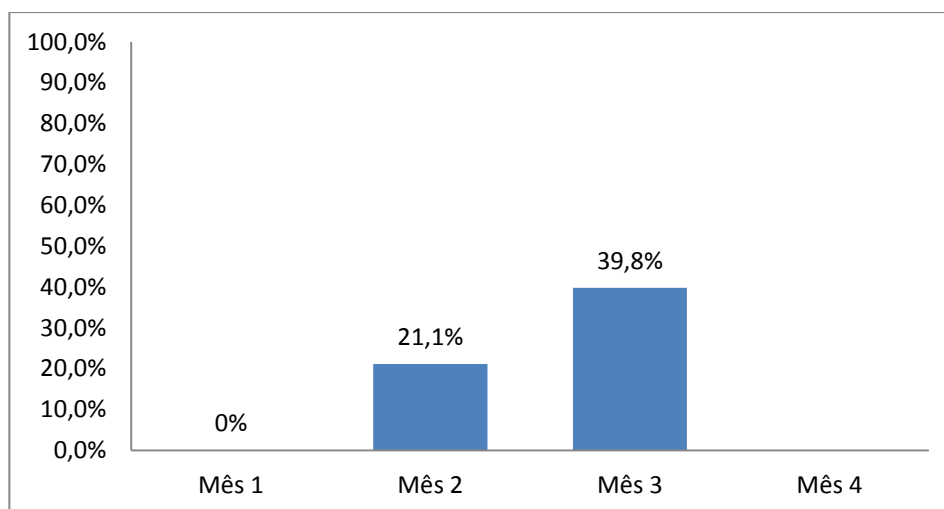


Figura 11 – Proporção de diabéticos na ficha de acompanhamento (ficha de registro).

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Sobre esta meta, podemos concluir que todo atendimento na qual os usuários trouxeram os exames complementares solicitados previamente na consulta anterior e foram identificados com alguma alteração significativa, foram avaliados com mais ênfase. Naqueles casos que demandavam de especialistas, todos foram encaminhados aos mesmos, porém continuaram a ser acompanhados pela equipe de saúde da UBS da área. Assim no primeiro mês tivemos 125 (100%) hipertensos avaliados, no segundo mês 156 (100%) e no último mês 184 (100%) cumprindo assim com a meta inicial.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Neste indicador também mantivemos 100% durante os três meses. No primeiro mês avaliamos 56 diabéticos (100%), no segundo mês 71, alcançando 100% e no último mês 93 (100%).

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Conseguimos orientar 100% dos hipertensos sobre nutrição e alimentação saudável. No primeiro mês tivemos 125 (100%) hipertensos orientados, no segundo mês 156 (100%) e no último mês 184 (100%) cumprindo assim com a meta inicial.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Também conseguimos atingir 100% dos nossos diabéticos com as orientações nutricionais. No primeiro mês orientamos 56 diabéticos (100%), no segundo mês 71, alcançando 100% e no último mês 93 (100%).

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Enfatizamos aos hipertensos e diabéticos a grande importância da realização de exercícios físicos com a intenção de diminuir os fatores de risco cardiovasculares e um melhor estilo de vida. Deste modo, atingimos no primeiro mês 125 (100%) hipertensos orientados, no segundo mês 156 (100%) e no último mês 184 (100%) cumprindo assim com a meta inicial.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Como aconteceu com os usuários hipertensos, também nos diabéticos tivemos resultados positivos quanto à proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. No primeiro mês orientamos 56 diabéticos (100%), no segundo mês 71, alcançando 100% e no último mês 93 (100%), alcançando nossa meta inicial.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Todos os usuários atendidos pela equipe de saúde foram orientados ao risco tabagismo, além de oferecer-lhes um programa antitabagismo, que funciona na

unidade de saúde as quartas-feiras, onde são disponibilizados roda de conversas, tratamentos farmacológicos como: adesivos de nicotina, goma de mascar e o fármaco bupropiona, segundo a orientação do ministério da saúde. Tivemos bons resultados com o programa motivo pelo qual estamos ampliando para outros dias da semana.

A proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na equipe se manteve em 100% no transcurso da intervenção. No primeiro mês 125 hipertensos (100%) foram orientados, no segundo mês 156 (100%) e no último mês 184 (100%) cumprindo assim com a meta inicial.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Também neste indicador obtemos resultados positivos mantendo a meta proposta em 100% ao longo da intervenção, onde no primeiro mês orientamos 56 diabéticos (100%), no segundo mês 71, alcançando 100% e no último mês 93 (100%), alcançado nossa meta inicial.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Juntamente com as orientações sobre a importância de uma avaliação odontológica, também foi abordado o tema da importância da higiene bucal como fator de risco aos hipertensos e diabéticos, já que muitas infecções sistêmicas ou localizadas, tem seu ponto de partida na região bucal. O usuário antes de ser encaminhado ao odontologista recebeu uma prévia explicação pelos demais profissionais de saúde. Ao ser avaliado pelo odontologista recebeu o reforço da explicação sobre o tema. No primeiro mês 125 hipertensos (100%) foram orientados, no segundo mês 156 (100%) e no último mês 184 (100%) cumprindo assim com a meta inicial.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Neste último indicador também se pode mostrar os resultados positivos já que a meta foi cumprida desde o primeiro mês até o final, onde no primeiro mês orientamos 56 diabéticos (100%), no segundo mês 71, alcançando 100% e no último mês 93 (100%), alcançando nossa meta inicial.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada na UBS do bairro Dr. Silvio Leite, proporcionou uma ampliação dos atendimentos e controle do programa de HAS e DM para quase uma totalidade dos usuários registrados pela equipe de saúde, com um alcance de 97% dos hipertensos e de 100% dos diabéticos, facilitando assim os acompanhamentos desses no presente e no futuro. Esse aumento na cobertura dos usuários nos permitiu identificar também se os mesmos estão melhorando seu estado de saúde e se estão controlando seus valores tensionais e glicêmicos, melhorando assim a qualidade de vida desses cidadãos que moram na comunidade.

Através deste aumento da cobertura do programa de saúde dos hipertensos e diabéticos conseguimos solicitar todos os exames necessários para o controle desses usuários e também conseguimos fazer as avaliações clínicas, melhorando a qualidade dos nossos acompanhamentos e controles para estes usuários. Com isto, identificamos os casos mais complexos e encaminhamos ao especialista para uma melhor avaliação, realizando assim a estratificação de risco dos hipertensos e dos diabéticos de nossa área de abrangência.

Também aumentamos o número de prescrições médicas para o controle desses hipertensos e diabéticos, evitando assim o descontrole na quantidade de medicamentos dispensados mensalmente.

Aos usuários faltosos, tanto hipertensos como diabéticos, não tivemos muitos casos, porém naqueles que surgiram, conseguimos identificar e realizar a busca ativa com a ajuda dos nossos parceiros, os agentes comunitários de saúde. Tivemos o êxito no preenchimento das fichas de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, aproveitamos as consultas individualizadas para o preenchimento das fichas de hipertensos e dos diabéticos, adicionando, nos respectivos prontuários de cada usuário.

As orientações nutricionais aos hipertensos e diabéticos foi realizada, pois levamos ao alcance dos usuários a profissional nutricionista, para dialogar com estes, orientando sobre a importância nutricional nas suas doenças. Além disso, nossa equipe também fez rodas de conversas com esses usuários previamente as consultas clínicas.

Explicamos aos nossos usuários a importância da prática de atividade física, nas rodas de conversas prévias às consultas médicas, além da participação do educador físico nas palestras e na realização de algumas atividades físicas nestes durante os encontros do grupo de usuários. Também foram dadas orientações sobre a importância da prática de exercícios físicos e da perda de peso aos obesos, no tratamento da hipertensão e da diabetes mellitus.

Conseguimos realizar grupos de antitabagismo com esses usuários hipertensos e diabéticos, onde a equipe se reunia uma vez na semana com os mesmos para disponibilizar o tratamento farmacológico necessário para abandonar o tabaco. Salientávamos sobre as complicações do tabagismo frente a suas doenças.

Com relação à saúde bucal, orientamos nossos usuários sobre a importância de realizar uma avaliação odontológica. No entanto, como não tínhamos o profissional odontólogo na nossa UBS, indicamos todos àqueles usuários que apresentavam alguma queixa bucal, para uma avaliação completa em outra UBS que tinha o profissional. Nossa equipe de saúde orientou nossos usuários quando a importância da higiene bucal, e de como realizar essa higiene para evitar complicações aos portadores de hipertensão e diabetes mellitus.

Com a intervenção a equipe se instruiu sobre o programa de atenção aos hipertensos e diabéticos bem como dos detalhes das doenças que acometem esses usuários, facilitando consideravelmente a qualidade dos serviços prestados pela equipe de saúde e resultando em um aumento desses controles individualizados a cada um dos nossos usuários. Além disto, propiciou conscientizar os próprios usuários da comunidade, no que diz respeito a sua doença e seus tratamentos e na importância de procurar a equipe de saúde quando precisar de atendimento ou tiverem dúvidas referentes à sua doença.

Com essa ampliação dos atendimentos, podemos demonstrar a secretaria municipal de saúde valores reais de quantos usuários existem na área da nossa UBS para que através disto, possam disponibilizar mais medicamentos para esses

usuários, além de implementar programas para a melhoria da qualidade de vida dessa comunidade, como a criação de espaços abertos para a prática de exercícios no bairro, melhoria da nossa unidade básica de saúde, já que atualmente o edifício não dispõem de um espaço suficiente para atender a demanda diária desses usuários, nem conta com serviço de odontologia.

Podemos controlar melhor nossos usuários com relação às consultas e a quantidade de medicamentos que estão sendo disponibilizados para os seus tratamentos mensais, impedindo assim a prática hoje existente por alguns deles, de dividir medicamentos com familiares e vizinhos. Assim poderemos manter a disponibilidade de medicamentos na farmácia da UBS, e também conscientizar as farmácias do bairro a não dispensação desses medicamentos sem as indicações médicas atualizadas, ou a venda indiscriminada de muitos medicamentos errados pela não apresentação dos receituários.

Também através desta intervenção, podemos fazer o balanço dos atendimentos mensais e com isso realizar a busca ativa constante desses usuários, verificando o motivo do não comparecimento na consulta previamente agendado pela equipe. Além disto, podemos encaminhar aos especialistas aqueles usuários que precisam de uma avaliação mais detalhada. Hoje conseguimos conhecer a quantidade e quem são os usuários de responsabilidade da equipe, identificando os casos novos para iniciar o mais precoce possível o acompanhamento destes.

Outro ponto importante realizado com a intervenção foi à conscientização dos agentes comunitários sobre a importância das suas visitas as casas desses usuários. Através disto, hoje existe um controle maior e mais eficiente desses usuários. Somos sabedores que os ACS são o elo da comunidade com a equipe de saúde, ou seja, são os nossos olhos na comunidade, identificado e nos comunicando todos os usuários que necessitam da nossa atenção.

Se estivéssemos iniciando neste momento a intervenção, a mesma seria realizada um pouco diferente, pois sabendo das informações atuais, poderíamos cobrar mais da secretaria municipal de saúde, no que diz respeito a infraestrutura da nossa unidade básica de saúde, melhorando assim os atendimentos destes usuários e oferecendo todos os serviços básicos preconizados pelo ministério da saúde, resultando na melhor qualidade de vida da comunidade. Poderíamos disponibilizar mais medicamentos a esses usuários carentes, quando necessário, além de demonstrar à comunidade, a importância da equipe de saúde para eles. Também

dialogaria com os mesmos para alterar a visão que têm da nossa UBS, onde a mesma é a porta de entrada para a resolução dos problemas de saúde. Com relação à equipe de saúde, demonstraria que somos importantes na vida de cada um desses usuários, onde devemos sentir orgulho do que fazemos, atuando com prazer, melhorando nossos atendimentos, desde o acolhimento desse usuário até a resolução de seu problema, fazendo o seguimento contínuo na identificação precoce dos casos novos dando seguimento as nossas ações.

Esta intervenção serviu de exemplo para a UBS, pois ao conhecer nossos usuários da comunidade, pudemos traçar metas estabelecendo prioridades na implementação destas ações. Além disto, a intervenção melhorou a atenção em saúde nos demais programas preconizados pelo ministério da saúde, pois ha muitos anos, essas informações estavam desatualizadas e isso impedia de criar mecanismos ou ações para a melhor abordagem e acompanhamento desses usuários. Também podemos orgulhosamente relatar, que esta intervenção está incorporada nas práticas assistências da nossa equipe.

Iremos nos reunir com a secretaria municipal de saúde, para expor todos os problemas identificados, e levar propostas para melhoria do serviço, cobrando a melhoria da estrutura da unidade básica de saúde, para que a mesma tenha espaço físico suficiente para a realização dos atendimentos a estes usuários, bem como disponibilizar o serviço de odontologia aos mesmos.

Levaremos a atualizações e resultados da quantidade de usuários hipertensos e diabéticos para a secretaria de saúde, para que assim possam ser disponibilizados mais medicamentos no controle de seus tratamentos. Também proporemos a criação de área desportiva com a intenção de incentivar a atividade física da comunidade.

Além disto, vamos propor informatizar a unidade básica de saúde, para que a equipe de saúde tenha melhor controle desses usuários. Além disto, vamos sugerir a realização de uma campanha informativa a toda comunidade, no que diz respeito a hipertensão e diabetes com a intenção conscientizar esses moradores.

Também vamos dialogar com a secretaria municipal de saúde, o fim dos agendamentos para as consultas médicas, porque temos observado que o usuário, ao procurar a UBS, quase nunca consegue vaga para atendimento médico, pelo aumento da demanda desses usuários. Explicaremos para a secretaria de saúde, a importância de o usuário ser atendido no mesmo dia, com isso poderíamos



identificar com maior rapidez casos novos e também solucionar algum problema sofrido por aquele usuário naquele momento,

E por fim, solicitaremos que a UBS tenha um laboratório próprio, porque muitos usuários que necessitam realizar os exames solicitados têm dificuldade de realizá-los, motivo pelo qual às vezes não voltam à consulta médica, ou retornam sem os exames, e isso dificulta o trabalho da equipe. Para finalizar, solicitaremos a aquisição do aparelho de eletrocardiograma, pois isso evitaria que encaminhassem o usuário para o cardiologista somente para realizar o exame.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Excelentíssimo Senhor Secretário Municipal de Saúde da cidade de Boa Vista:

Venho através desta, dissertar a respeito da intervenção que propôs melhorar a cobertura e atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos no bairro Dr. Silvio Leite, realizado pela equipe de saúde da UBS Dr. Silvio Leite no Período de maio/2015 a julho/2015. A escolha por esta população alvo foi que observamos a alta porcentagem de hipertensos e diabéticos, atendidos meses anteriores, que tinham suas patologias descontroladas, seja por medicamentos desatualizados, ou simplesmente por falta de controle da equipe de saúde. Assim, ao realizar uma análise situacional, orientada pelo curso de especialização em saúde da família da universidade federal de Pelotas (UFPel), conseguimos organizar o nosso campo de atuação e os mecanismos a serem usados para realizar tal trabalho. Assim iniciamos realizamos uma avaliação, posterior interpretação e logo em seguida uma intervenção com a intenção de qualificar a assistência de saúde desses usuários.

Ao realizas a análise situacional da nossa UBS, conseguimos identificar alguns pontos importantes a serem considerados que resultaria no problema da diminuição desses usuários. Podemos citar a infraestrutura como primeiro fator, pois nossa unidade antigamente estava localizada em outra edificação, e não tinham espaço físico para comportar toda equipe de saúde. Porém atualmente contamos com uma edificação bem mais cômoda para realizar nossas atividades com a comunidade, no entanto, ainda temos alguns problemas de equipamentos, pois falta aparelho como esfigmomanômetro, já que contamos com um equipamento, e quando este deixa de funcionar, nós perdemos a oportunidade de controlar estes usuários ou até mesmo perdemos a oportunidade de identificar casos novos. Outro equipamento deficiente é o glicosímetro, pois contamos com apenas um, e às vezes

o mesmo fica sem fita para análise das glicemias desses clientes. Estes são os equipamentos básicos para o início de uma boa avaliação destes usuários, porém temos deficiência de outros equipamentos como otoscópio, oftalmoscópio, que também são importantes para uma boa avaliação física, pois podemos identificar complicações desses usuários e assim encaminhá-los com maior rapidez possível aos especialistas.

Podemos identificar a insuficiência de agentes de saúde, pois dos seis que deveriam ter na nossa equipe, somente contamos com quatro, e por esse motivo fica difícil acompanhar esses usuários desde seus domicílios, ou pior, algumas áreas ficam totalmente descobertas. Devo frisar que nossos ACS se empenharam ao máximo para tentar suprir a cobertura nestas áreas, se dividindo entre eles estas áreas. No entanto é imprescindível a inclusão de pelo menos mais dois ACS na nossa equipe.

A nossa ideia é ampliar esse programa de saúde, com a intenção de prevenir as complicações desses usuários e com isso diminuir a porcentagem da demanda de usuários com problemas neurológicos, como Acidente Vascular Cerebral (AVC), com problemas cardiovasculares como anginas pectoris ou infartos do miocárdio, além de melhorar a qualidade de vida desses cidadãos que vivem no bairro Dr. Silvio Leite.

Outra intenção da nossa equipe é demonstrar a comunidade que eles estão sendo bem atendidos e cuidados pela equipe, bem como facilitar e coordenar o acesso aos médicos e a resolução de seus problemas de saúde, sem que para isso seja preciso ir aos hospitais, diminuindo o grande colapso e lotação da atenção terciária.

Precisamos melhorar algumas situações para realizar todas estas propostas, como por exemplo, a melhoria da edificação da unidade básica de saúde, dando condições à equipe e conforto para a realização de suas atividades, espaço físico na unidade para que possa ser implantado o serviço de odontologia, e com isso evitar que nossos usuários procurem outras unidades para serem atendidas.

Necessitamos melhorar o serviço de farmácia, no que diz respeito à quantidade suficiente de remédios para a demanda desses clientes que procurar a unidade, que na grande maioria são de baixa renda e não tem condições de comprar os tratamentos indicados. Também devemos melhorar o serviço de acompanhamento semanal ou mensal desses usuários por parte dos agentes de

saúde, com a quantidade suficiente de profissionais para realizar o trabalho, na identificação dos casos.

Seria apropriado manter um sistema informatizado na UBS, pois assim facilitaria aos profissionais de saúde saber que patologias e tratamentos anteriores este usuário realizou, incluído os remédios que já foram dispensados e os exames já solicitados por médico de outras unidades. Também saberíamos, por exemplo, se esse usuário é alérgico a alguns medicamentos e teríamos números atualizados de contado para que possamos encontrar com maior facilidade esse usuário.

Outra proposta da equipe de saúde é que a prefeitura se preocupe em construir um espaço para a prática de atividade física, com profissionais necessários para ensinar essa comunidade.

Contudo, esperamos maior diálogo entre a secretaria municipal de saúde com a equipe da unidade básica de saúde, onde sejam feitas reuniões periódicas para que estabelecer mecanismos a fim de resolver os problemas da comunidade. Através deste diálogo poderíamos comunicar diretamente todas as necessidades da equipe para a realização dos trabalhos com a comunidade.

Foram realizadas reuniões com alguns representantes do bairro Silvio Leite, e isso facilitou a comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade. Com esta intervenção identificamos problemas de infraestrutura também do bairro, pois o mesmo é muito grande, com uma comunidade crescente e ainda temos muitas pessoas que estão descobertas, mesmo com duas equipes de atuação.

Foi de infinita importância o apoio da gestão, a impressão das fichas-espelhos, dos protocolos do ministério da saúde, data show, material extra como papelaria e recursos humanos.

Posso avaliar que melhoramos a adesão dos usuários na UBS, já que foi diminuído o prazo de atendimento destes usuários. Também criamos uma consulta só para os hipertensos e diabéticos na semana, melhorando o acesso desses clientes. Conseguimos intensificar as buscas ativas dos hipertensos e diabéticos, que não eram realizadas anteriormente pelas ACS e conseguimos diminuir o tempo de espera desses usuários quando solicitados exames complementários, iniciando o quanto antes seus tratamentos. Sinto que a intervenção foi ótima, mas faltou uma maior participação da comunidade. Porém continuaremos com todos os mecanismos antes mencionados com o fim de chegar a 100% de hipertensos e diabéticos.

Enfim, no início da intervenção nossa meta era atingir 100%, no primeiro mês obtivemos um número de 125 hipertensos referentes a 66% do número primário de hipertensos, e 56 diabéticos referentes a 60% do número primário de diabéticos e ao final do terceiro mês tivemos um resultado de 184 (97,4%) de hipertensos e um total de 93 (100%) de diabéticos. Observando esses resultados percebemos que temos muito que trabalhar em conjunto com nosso gestor, a fim de melhorar ainda mais a qualificação do serviço e viabilizar a ampliação da intervenção para outros programas da UBS. Finalizando, posso garantir que todas as ações realizadas estão incorporadas nas rotinas de nossos profissionais.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezados Senhores e Senhoras residentes no bairro Dr. Silvio Leite:

Sou Dr. Felipe Pereira Uchôa, médico do bairro Dr. Silvio Leite, venho através desta, comunicar que nesses últimos 3 meses a equipe da Unidade Básica de Saúde do Bairro realizou uma intervenção de saúde aos usuários que sofrem de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para proporcionar uma qualidade assistencial integral e humanizada, a fim de realizar um acompanhamento individualizado de cada um deles.

Obtivemos bons resultados, pois conseguimos aumentar a cobertura dos usuários que padecem de hipertensão de 66% a 97%, e de 60% à 100% dos usuários diabéticos. Com isso poderemos realizar o controle constante desses usuários ofertando seus tratamentos que são disponibilizados pela secretaria municipal de saúde.

Queríamos justificar a nossa escolha por esta intervenção. Quando assumimos a área 3.6, do Bairro Dr. Silvio Leite, fizemos um estudo na quantidade de usuários conhecidos pela unidade básica de saúde, e nos chamou atenção que de acordo com o programa de saúde preconizado pelo ministério da saúde, o número de hipertensos e diabéticos estava desatualizado, e com isso não sabíamos ao certo a quantidade de usuários que nós tínhamos na nossa área. Isto traz muitas complicações, pois a primeira delas é que na farmácia da UBS, os medicamentos estavam vindos em pouca quantidade, e muitos usuários tinham que procurar seus tratamentos em farmácias comerciais ou até mesmo em outras UBS de outros bairros. Considerando que muitos usuários não têm transporte, os mesmos estavam ficando sem seus tratamentos, além de não sabermos como acompanhar esses porque não conhecíamos.

Pensando nisso, nós começamos aproximadamente há três meses, ações que nos aproximassem a esses usuários, começando pela ação de nossos

colaboradores, os agentes comunitários, que passaram de casa à casa coletando informações para descobrir a existência dos hipertensos e diabéticos, e se os mesmos faziam controle de suas doenças na UBS do Bairro. Sob a responsabilidade da equipe 3.6, nós temos seis subdivisões, e cada uma destas tem um agente comunitário responsável. Assim a proposta foi de realizar o atendimento de saúde uma vez na semana, nas terças-feiras, na casa de algum morador. Contávamos com ajuda de algum morador deste setor, quem nos disponibilizava um espaço nas suas casas para que fossem feitos esses atendimentos, e isso durou os três meses consecutivos. Aproveitando a oportunidade para fazer a inserção desses usuários que há muito tempo não iam à unidade básica de saúde.

Dando continuação nas atividades, nos dias de consulta na UBS, realizávamos previamente as consultas médicas, palestras informativas explicando sobre cada uma das doenças e sanando as dúvidas que os usuários tivessem naquele momento. Também levamos, em algumas dessas palestras, educadores físicos com a intenção de explicar a importância de realizar atividade física no controle dessas enfermidades, além do profissional nutricionista para explicar a importância de uma boa alimentação, saudável e balanceada, entre outros profissionais da equipe de saúde.

Tivemos alguns problemas para realizar algumas atividades, pois no caso dos hipertensos não chegamos aos 100% dos usuários porque alguns nós identificamos que não moram na nossa área adstrita.

Realizamos orientações em cada consulta a todos os usuários, quanto a importância de realizar uma avaliação odontológica, pelo motivo de que existem muitas doenças que tem o ponto de partida na região bucal, e que os mesmos teriam que procurar outra unidade básica que disponibilizavam o serviço no momento, já que nossa UBS está em fase de implantação do serviço de odontologia.

Todos os usuários que foram identificadas complicações ou precisaram ser avaliados por especialistas, foram encaminhados, aonde gradativamente os usuários iam sendo chamados segundo a disponibilidade de vaga no mapa deste profissional. Posterior esse usuário retornava a UBS para darmos seguimentos no controle de suas patologias.

Foram realizados grupos de antitabagismo, que é um programa do ministério da saúde com a intenção de disponibilizar as ferramentas a estes usuários que querem parar de fumar e com isso, melhorar a qualidade de vida de cada um, sobre

tudo aos hipertensos e diabéticos, porque somos sabedores que tal conduta piora o controle das suas doenças e os acometem de muitas outras doenças futuras.

Para que essa intervenção fosse realizada, tivemos muitos colaboradores, além dos profissionais que laboram na unidade básica de saúde do bairro, tivemos colaboração dos próprios usuários, emprestando suas casas para essas consultas semanais nas microáreas. Além destes, os profissionais que atenderam nosso pedido nas palestras, a secretaria municipal de saúde disponibilizando aos profissionais da UBS para os atendimentos, a colaboração dos próprios usuários que foram atendidos, com sua paciência e atenção a cada profissional de saúde da UBS do bairro.

Para finalizar, todas as ações continuam sendo disponibilizadas pela equipe de saúde do bairro Dr. Silvio Leite, onde contamos com duas equipes na UBS, 3.5 e 3.6 que os receberão muito bem e terão total apoio para que sejam resolvidos seus problemas de saúde.



## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Considero que este curso de especialização em saúde da família foi de grande valia para minha vida profissional, pois através deste, pude ter uma visão mais ampla no que se refere a solucionar os problemas de saúde dos meus usuários, não utilizando somente a medicina curativa, mais sim a medicina preventiva, pois ao atuar na prevenção, diminuimos a incidência de complicações desse usuário no futuro, além de cuidar de seus problemas atuais.

No início tive alguns problemas para dar seguimento no curso, já que não estava muito familiarizado com o sistema de ensino à distância, e quando tinha dúvidas eu não sabia como proceder, porém gradativamente fui aprendendo o sistema, e tudo ficou bem mais fácil e fluiu para a realização e conclusão do meu trabalho.

Outro fator importante a comentar é que aprendi a trabalhar melhor em equipe, pois hoje posso ver que cada profissional tem o seu papel importantíssimo na atenção primária, e com isso podemos resolver a maioria dos problemas existentes dos nossos usuários.

Sobre o curso de especialização de saúde da família da UFPeI UNASUS, posso classificar como excelente, meu orientador foi muito atencioso e usuário nas minhas atividades, me aconselhando em cada momento das atividades que realizei, motivo pelo qual me ajudou muito a me identificar como médico em saúde da família. Hoje consigo cuidar não só de um usuário, mas sim da família toda. O mais importante é que consegui me organizar no meu fluxo de trabalho, realizando uma boa avaliação da comunidade, para posterior traçar estratégias em saúde para melhorar a vida daquela comunidade.

Considero que aprendemos muito desenvolvendo a especialização em questão, principalmente no que tange a organização do nosso serviço. Acredito ser esta a principal característica relacionada ao sucesso de toda e qualquer ação

desenvolvida na UBS, pois a mesma facilita na hora de planejar uma ação de intervenção de algum problema existente na comunidade. Tenho a plena convicção que poderíamos ter tido melhores resultados, porém demos o primeiro passo de muitos que virão pela frente. Pretendemos expandir as ações para outros programas que são atendidos pela equipe de saúde, elaborando mecanismos para resolvê-los.

Tivemos alguns problemas na elaboração das nossas tarefas, por vários motivos e o principal foi um problema de saúde que impossibilitou o médico seguir aproximadamente dois meses das atividades laborais, porém no regresso demos seguimento e conseguimos solucionar problemas e continuar nossa intervenção.

Outro ponto de importância foi a rotina de reuniões pela equipe de saúde, isso nos ajudou muito nas identificações de casos novos e nos planejamentos da equipe para solucionar o problema ali abordado.

Como conclusão, esta especialização nos enriqueceu muito na nossa vida profissional, porque quando o médico sai da faculdade, a visão dele não é bem a atenção primária. No entanto, hoje podemos ter a certeza que se a atenção primária for bem estruturada, as demais atenções, secundárias e terciárias não sofrerão uma sobrecarga de usuários.

O sistema único de saúde é muito belo e bem organizado, cabe aos profissionais de saúde se dedicarem e fazer valer suas diretrizes e seus programas de saúde. Assim, todos ganham. A comunidade porque terá acesso a saúde com maior facilidade e o profissional que conhecendo cada um dos seus usuários, poderá atuar com maior eficácia na prevenção e promoção da saúde.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção **Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52p.

IBGE. **Censo Demográfico 2009 - Resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 jul. 2014.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	<b>Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1</b>																		
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1																	
5		2																	
6		3																	
7		4																	
8		5																	
9		6																	
10		7																	
11		8																	
12		9																	
13		10																	
14		11																	
15		12																	
16		13																	
17		14																	
18		15																	
19		16																	
20		17																	
21		18																	
22		19																	
23		20																	
24		21																	
25		22																	
26		23																	
27		24																	
28		25																	
29		26																	
30		27																	
31		28																	

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / **Mês 1** / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

## Anexo C - Ficha espelho

## FICHA ESPELHO

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de  
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não Nome do cuidador \_\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira consulta odontológica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_ cm

[illegible]

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS							
DATA							
Glicemia de Jejum							
HGT							
Hemoglobina glicosilada							
Colesterol total							
HDL							
LDL							
Triglicerídeos							
Creatinina Sérica							
Potássio sérico							
Triglicerídeos							
EQU							
Infecção urinária							
Proteinúria							
Corpos cetônicos							
Sedimento							
Microalbuminúria							
Proteinúria de 24h							
TSH							
ECG							
Hemograma							
Hematócrito							
Hemoglobina							
VCM							
CHCM							
Plaquetas							





### Anexo D- Ações realizadas na comunidade

